2000ാമാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം

സങ്കൽപ്പവും യാഥാർത്ഥ്യവും



കേരളശാസ്ത്ര സാഹിത്യ പരിഷത്ത്

വില 1—00ക.



Printed at : Godsun Art Printers, Meenchanda.
1989 April

"2000ാമാണ്ടോടെ എല്ലാവക്കും ആരോഗ്യം" എന്ന ലക്ഷ്യം ലോകാരോഗ്യ സംഘടന അംഗീകരിച്ചിട്ട് പത്തുവർഷം പിന്നിട്ടിരിക്കുന്നു. സോവിയററ് യൂണിയനിലെ അൽമാ-അത്തയിൽ 1978ൽ ചേന്ന ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ സമ്മേളനമാണ് ഈ പ്രഖ്യാപനം നടത്തിയത്. പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനത്തിൽ Primary Health Care] ഊന്നിനിന്നുകൊണ്ടുള്ള ഒരു സമീപനം ലോകത്തെമ്പാടുമുള്ള രാജ്യങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യ നയരൂപീകരണത്തിൻെറ മാർഗ്ഗരേഖയായിത്തീരണമെന്ന് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന നിർദ്ദേശിച്ചു.

"രണ്ടായിരാമാണ്ടോടെ എല്ലാവക്കും ആരോഗ്യം" എന്ന മുദ്രാവാക്യത്തിലൂടെ ഭൂമുഖത്തുനിന്നും സർവരോഗങ്ങളെയും തുടച്ചുനീക്കാമെന്നും രോഗമില്ലാത്ത ഒരു ജനസമൂഹത്തെ സൃഷ്ടിക്കാമെന്നുമുള്ള അയഥാർത്ഥമായ സമീപനമല്ല ലോകാരോഗ്യസംഘടന സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. ലോകത്തെ മുഴുവനാളുകളെയും 2000മാണ്ടോടെ സാമൂഹ്യവും സാമ്പത്തികവുമായ ഉൽപാദന പ്രവർത്തനങ്ങളിലേർപ്പെടാൻ കഴിവുററവരാക്കുന്ന ആരോഗ്യസ്ഥിതി നേടിയെടുക്കാൻ പ്രാപ്തരാക്കുക എന്നതാണ് ഇതിലൂടെ ലോകാരോഗ്യസംഘടന ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്.

ലോകാരോഗ്യസംഘടന മുന്നോട്ടുവച്ചിട്ടുള്ള ഈ ലക്ഷ്യം സാക്ഷാത്കരിക്കുവാൻ ആരോഗ്യരംഗത്തെ പ്രവർത്തനങ്ങളിലൂടെ മാത്രം സാദ്ധ്യമല്ല എന്ന് വ്യക്തമാക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ രാജ്യങ്ങളുടെയും പൊതുസാമ്പത്തികസ്ഥിതി മെച്ചപ്പെടുത്തേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ആളോഹരി വരുമാനം ശരാശരി 500 അമേരിക്കൻ ഡോളർ ആയിട്ട് [അതായത് 7500രൂപ] ഉയത്തണം. ജനങ്ങളുടെ സാക്ഷരതാനിലവാരം 70 ശതമാനമായി വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ കഴിയണം. ജനങ്ങൾക്കെല്ലാംതന്നെ ശുദ്ധജലം നൽകുകയുംവേണം.

"രണ്ടായിരാമാണ്ടോടെ എല്ലാവക്കും ആരോഗ്യം" നേടുക എന്നതിൻെറ ഭാഗമായി ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയിലെ അംഗരാജ്യങ്ങളെല്ലാം ആരോഗ്യരംഗത്ത് തങ്ങൾ സാക്ഷാത്ക്കരിക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ചില ലക്ഷ്യങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുണ്ട് പൊതുമരണനിരക്ക്, ശിശുമരണനിരക്ക്, ജനനനിരക്ക് ഇവ കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുവാനും, പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും, സാക്ഷരതാനിലവാരം ഉയത്തുന്നതിനുള്ള നിശ്ചിതലക്ഷ്യങ്ങളാണ് ഓരോ രാജ്യങ്ങളും മുന്നോട്ടുവച്ചിട്ടുള്ളത്.

ഈ ലക്ഷ്യങ്ങൾ നേടുന്നതിനായി, പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയിട്ടുള്ള ഒരു പ്രവർത്തനപരിപാടിയാണ് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന മുന്നോട്ടു വച്ചിട്ടുള്ളത്. ഏററവും അടിയന്തിരമായി ആവശ്യമുള്ള

ആരോഗ്യപരിരക്ഷാ സൗകര്യങ്ങൾ സമൂഹത്തിലെ മുഴവനാളുകൾക്കും, ഈ പങ്കാളിത്തത്തോടെയും സമുചിതമായ സാങ്കേതികവിദ്യകളുടെ സഹായത്തോടു കൂടിയും എത്തിച്ചുകൊടുക്കുക എന്നാണ് 'പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനം' എന്നതു കൊണ്ട് ഉദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളത്.

നാലു മുഖ്യ സമീപനങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനത്തിനു രൂപം നൽകിയിട്ടുള്ളത്.

ഒന്ന്. വിഭവങ്ങളുടെ തുല്യമായ വിതരണം.

ഏതു രാജ്യത്തെയും വിഭവങ്ങളെ പൊതുവേ മൂന്നായി തിരിക്കാം. മനുഷ്യർ സമ്പത്ത്, ഉപകരണങ്ങൾ, ആരോഗ്യപരിരക്ഷയുമായി ബന്ധപ്പെടുത്തിവേണം ഇവയെ പരിശോധിക്കാൻ. മനുഷ്യർ എന്നതുകൊണ്ട് ഉദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളത് ഡോക്ടർമാർ, നേഴ്സുമാർ, പാരാ മെഡിക്കൽ വിഭാഗത്തിൽപെട്ടവർ തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ മാനുഷിക വിഭവശേഷിയേയാണ്. ആരോഗ്യത്തിനുവേണ്ടി ഓരോ രാജ്യങ്ങളും നീക്കിവയ്ക്കുന്ന തുകയും ആശുപത്രി കെട്ടിടങ്ങൾ, കിടക്കകൾ, ഉപകരണങ്ങൾ, ഔഷധങ്ങൾ എന്നിവയും ഇതോ ടൊപ്പം പരിഗണിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

പൊതുവേ നോക്കിയാൽ ആരോഗ്യരംഗത്തെ മേൽ സൂചിപ്പിച്ച വിഭവ ങ്ങളെല്ലാംതന്നെ വളരെ അസന്തുലിതവും അശാസ്ത്രീയവുമായാണ് വിതരണം ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതെന്നും കാണാം. ആശുപത്രിയും ആശുപത്രി ജീവനക്കാരും പ്രധാനമായും കേന്ദ്രീകരിച്ചിട്ടുള്ളത് ന്യൂനപക്ഷം ജനങ്ങൾ–പ്രത്യേകിച്ചും സാമ്പത്തിക ശേഷിയുള്ളവർ–കഴിയുന്ന നഗരപ്രദേശങ്ങളിലാണ് വൈദ്യവി ദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം തന്നെ പുനസ്:വിധാനം ചെയ്യെങ്കിൽ മാത്രമേ പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനത്തിനു് കഴിവുററ ഡോക്ടർമാരെ പരിശീലിപ്പി ച്ചെടുക്കാൻ കഴിയൂ. ആരോഗ്യബഡ്ജററിന്റെ സിംഹഭാഗവും നഗരപ്ര ദേശങ്ങളിലെ വൻകിട ആശുപത്രികളുടെ ആവശ്യങ്ങൾക്കായാണ് ചെലവ ഴിക്കപ്പെടുന്നതു്. അവശ്യമരുന്നുകളും ജീവൻരക്ഷാ ഔഷധങ്ങളും അത്യാവശ്യ ഉപകരണങ്ങളുമില്ലാതെ ഗ്രാമീണ ആശുപത്രികൾ അത്യധികം ശോചനീയാവ സ്ഥയിലായിരിക്കുമ്പോൾ, ഏററവും ആധുനിക രോഗനിർണ്ണയ–ചികിത്സാ ഉപാധികൾ നഗരങ്ങളിലെ വൻ ആശുപത്രികളിൽ വാങ്ങിക്കൂട്ടുന്ന ദു:സ്ഥിതി യാണ് നിലവിലുള്ളതു്. ഭൂരിപക്ഷം ജനങ്ങൾക്കും ആവശ്യമായ ലളിതമായ രോഗപ്രതിരോധ ചികിത്സാരീതികൾ അവഗണിക്കപ്പെടുന്നു. ന്യൂനപക്ഷത്തിനു മാത്രം പ്രയോജനപ്പെടുന്നതും ചെലവേറിയതുമായ ഉപകരണങ്ങൾക്കും മററുമായി പരിമിതമായ ആരോഗ്യബഡ്ജററിലെ തുക ചെലവഴിക്കപ്പെടുന്ന ഈ സമീപ നം പാടേ മാറണമെന്നും ഭൂരിപക്ഷം വരുന്ന സാധാരണ ജനങ്ങളുടെ അടിയ ന്തിര ആരോഗ്യപ്രവർത്തനങ്ങൾ പരിഹരിക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ ആരോ ഗ്യമേഖലയിലെ വിഭവങ്ങളുടെ പുനർവിതരണം നടത്തണമെന്നമാണ് ലോകാ രോഗ്യ സംഘടന ആവശ്യപ്പെടുന്നതു്.

രണ്ട്: ജനപങ്കാളിത്തം

പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനപരിപാടികളെല്ലാംതന്നെ ജനങ്ങളുടെ സജീവമായ പങ്കാളിത്തത്തോടുകൂടി വേണം നടപ്പിലാക്കാൻ. പരിപാടികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുന്നതിന്നും പൊതുജനങ്ങളുടെ സഹകരണം ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതുണ്ട്. പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനത്തിന്റെ അടിത്തറയായി വർത്തിക്കേണ്ട പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ എവിടെയാണ് സ്ഥാപിക്കേണ്ടതെന്നും, അവയുടെ പ്രവർത്തനസമയം എന്തായിരിക്കണമെന്നും മററും ജനങ്ങളുടെ അഭിപ്രായം ആരാഞ്ഞിട്ടു വേണം നിശ്ചയിക്കാൻ.

മൂന്ന്: സമഗ്രമായ സമീപനം.

ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും നിലനിർത്തുന്നതിനും ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ പ്രവർത്തനത്തിലൂടെ മാത്രം കഴിയില്ല. വിദ്യാഭ്യാസം, വ്യവസായം, കൃഷി, വാട്ടർ അതോറിററി തുടങ്ങിയ നിരവധി വകുപ്പുകളുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളെ ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളുമായി ഏകോപിക്കേണ്ടതാവശ്യമാണ്. ഓരോ വകുപ്പും വെള്ളംകയറാത്ത അറകളാണ് എന്ന ഇന്നത്തെ സമീപനം മാററിയെടുക്കണം. പൊതുവിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരവും, പ്രത്യേകിച്ചും സ്ത്രീകളുടെ സാക്ഷരതയും ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യബോധവും തമ്മിൽ പ്രത്യക്ഷമായ ബന്ധംതന്നെ നിലനിൽപ്പുണ്ട്.

സ്കൂൾ ആരോഗ്യപരിപാടിപോലുള്ള നിരവധി ആരോഗ്യപ്രവർത്തനങ്ങൾ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസവകുപ്പുകൾ സഹകരിച്ച് നടപ്പിലാക്കേണ്ടതാണ്. ജലമലിനീകരണം ഒഴിവാക്കി വെള്ളത്തിലൂടെ പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ തടയുന്നതിന്ന് വാട്ടർ അതോറിററിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രവർത്തിക്കേണ്ടതുണ്ട്. വ്യവസായമലിനീകരണം ഒഴിവാക്കാൻ വ്യവസായവകുപ്പിന് മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശം നൽകാൻ ആരോഗ്യവകുപ്പിനു കഴിയണം. ഇങ്ങനെ വിവിധവകുപ്പുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള സമഗ്രമായ ഒരു സമീപനം ആരോഗ്യവകുപ്പ് സ്വീകരിക്കണം.

നാല്: സമുചിത സാങ്കേതിക വിദ്യ.

പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനം ആവിഷ്ക്കരിച്ചു നടപ്പിലാക്കാൻ സമുചിതവും നാടിന് ചേർന്നതുമായ സാങ്കേതികവിദ്യകൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. ആരോഗ്യസേവനരംഗത്ത് പ്രയോഗിക്കുന്ന സാങ്കേതികവിദ്യകൾക്ക് ശാസ്ത്രീയമായ അടിത്തറയുണ്ടായിരിക്കണം. അതേയവസരത്തിൽ അതു് ചെലവുകുറഞ്ഞതും, ജനങ്ങൾക്ക് സ്വീകാര്യമായതും, എളുപ്പത്തിൽ ലഭ്യവുമായിരിക്കണം. സമൂഹത്തിലെ പ്രധാനപ്പെട്ട ചില ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കാൻ സഹായകമായ സാങ്കേതികവിദ്യകളായിരിക്കണം അംഗീകരിക്കേണ്ടതു്. വയറിളക്കരോഗത്തിനുള്ള പാനീയചികിത്സ ഇത്തരത്തിലുള്ള സമുചിതസാങ്കേതികവിദ്യയുടെ നല്ലൊരുദാഹരണമാണ്.

ഈ അടിസ്ഥാനതത്വങ്ങളനുസരിച്ച് പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനത്തിലൂടെ താഴെകൊടുക്കുന്ന എട്ടു ലക്ഷ്യങ്ങളാണ് സാക്ഷാത്കരിക്കാനുള്ളത്.

1. പോഷണസ്വയംപര്യാപ്തത.
2. ശുദ്ധജലവിതരണവും, പരിസര ശുചിത്വവും.
3. ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം.
4. മാതൃശിശുസംരക്ഷണം, കുടുംബാസൂത്രണം.
5. പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ.
6. സാംക്രമികരോഗങ്ങളുടെ പ്രതിരോധം.
7. അടിസ്ഥാന ചികിത്സ.
8. അവശ്യമരുന്നുകളുടെ ലഭ്യത.

ഇവയെല്ലാംതന്നെ പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾവഴി ജനങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള ഒരു പ്രവർത്തനപരിപാടിയാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടന അംഗരാജ്യങ്ങളുടെ സമ്മതത്തോടെ അംഗീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്.

ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ കാഴ്ചപ്പാടിൽ ലക്ഷ്യവും (2000മാണ്ടിൽ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം) മാർഗ്ഗവും (പ്രാഥമികാരോഗ്യ രക്ഷ) ഒരുപോലെ പ്രധാനമാണ്.

"2000മാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം' എന്ന സങ്കൽപ്പത്തിന്റെ സവിശേഷത താഴെ കൊടുക്കുന്ന മൂന്നു സമീപനങ്ങളാണ്.

ഒന്ന്:

ആരോഗ്യപ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യമേഖലയുടെ പുറത്തുള്ള സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക ഘടകങ്ങളുമായുള്ള ബന്ധം അംഗീകരിക്കുന്നു. സമ്പത്തിന്റെ പുനർവിതരണം, വിദ്യാഭ്യാസനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തൽ ആഹാരലഭ്യത ഉറപ്പുവരുത്തൽ എന്നിവയിലൂടെ സമൂഹത്തിന്റെ പൊതുവായ വളർച്ചയാണ് ഉദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളത് ദാരിദ്ര്യം ഉച്ചാടനം ചെയ്യാതെ ഈ ലക്ഷ്യങ്ങളൊന്നും നേടിയെടുക്കാനാവില്ലെന്ന് വ്യക്തമാണല്ലൊ.

അൽമാഅട്ടായിൽവച്ച് അംഗീകരിച്ച രേഖയിൽ ആഹാരലഭ്യത ഭൂരിപക്ഷം ജനങ്ങൾക്കും ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിനായി വികസ്വര രാജ്യങ്ങൾ ഭൂവുടമാബന്ധങ്ങളിൽ മാററം വരുത്തേണ്ടിവരുമെന്ന് സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു. രാഷ്ട്രീയമായ ഇച്ഛാശക്തിയുണ്ടെങ്കിൻ മാത്രമെ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന മുന്നോട്ടുവച്ചിട്ടുള്ള ലക്ഷ്യങ്ങൾ കരഗതമാക്കാനാവൂ എസം രേഖയിൽ ഊന്നൽ നൽകി പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക മാററങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നുവെന്ന് അംഗീകരിച്ചു എന്നതാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ "2000 മാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം" എന്ന സങ്കൽപനത്തിന്റെ പ്രത്യേ

കത ഈ കാഴ്ചപ്പാട് വ്യത്യസ്ത സാമ്പത്തികനയങ്ങൾ സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ള ലോകരാജ്യങ്ങളെകൊണ്ട് അംഗീകരിപ്പിക്കുവാൻ ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയ്ക്കു കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു.

രണ്ട്:

ജനങ്ങളുടെ സജീവപങ്കാളിത്തത്തോടെയും അവർക്ക് പ്രയോജനകരവുമായിട്ടുവേണം പരിപാടികൾ നടപ്പിലാക്കേണ്ടത് എന്ന സമീപനം. ആരോഗ്യമേഖലയിലെ നയരൂപീകരണത്തിൽ പൊതുജനങ്ങൾക്ക് യാതൊരു പങ്കും വഹിക്കാനില്ലെന്നും അത് പ്രത്യേക പരിശീലനം നേടിയവർ നിർവഹിച്ചുകൊള്ളുമെന്നുമുള്ള പരമ്പരാഗത സമീപനത്തിൽനിന്നും തികച്ചും വ്യത്യസ്തമായ കാഴ്ചപ്പാടാണിത്.

മൂന്ന്:

ഭൂരിപക്ഷം ജനങ്ങളുടെയും ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നതിനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനത്തിലൂടെ താഴെ തലത്തിൽനിന്നുതന്നെ ആരംഭിക്കണമെന്ന കാഴ്ചപ്പാട്. ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഇന്ന് മേധാവിത്വം വഹിക്കുന്ന കേവലം രോഗചികിത്സയെ മാത്രം അടിസ്ഥാനമാക്കിക്കൊണ്ടുള്ളതും, നഗരാഭിമുഖ്യവുള്ളതും സ്ഥാപനവൽകൃതവും ചെലവേറിയതുമായ വികസന നയത്തിനുനേരെ എതിരായ സമീപനമാണിത്.

പരിമിതികൾ—സാധ്യതകൾ.

"2000മാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം' എന്ന സങ്കൽപനത്തിന്റെയും പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവന" മെന്ന പ്രവർത്തനപരിപാടിയുടെയും പരിമിതികൾ പ്രസിദ്ധരായ പല ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരും ചൂണ്ടിക്കാട്ടിയിട്ടുണ്ട്. വ്യത്യസ്തങ്ങൾ മാത്രമല്ല വിരുദ്ധങ്ങൾപോലുമായ സാമ്പത്തിക-രാഷ്ട്രീയ നയങ്ങളുള്ള ലോകരാജ്യങ്ങൾക്ക് മുൻപിൽ ഇത്തരത്തിലൊരു പൊതുപരിപാടി അവതരിപ്പിക്കുന്നതുതന്നെ അർത്ഥശൂന്യമാണ് എന്നാണ് ചിലരുടെ അഭിപ്രായം. അടിസ്ഥാനപരമായ സാമ്പത്തികമാററത്തിലൂടെ മാത്രമെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം കൈവരിക്കാൻ കഴിയൂ എന്നിരിക്കേ, പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനം എന്ന സ്വീകാര്യമെങ്കിലും പരിമിതമായ പ്രവർത്തനപരിപാടിയിലൂടെ ഇതിനു കഴിയും എന്ന മിഥ്യാധാരണ ജനങ്ങളിൽ പരത്താനാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ ശ്രമങ്ങൾ സഹായിക്കുക എന്ന് വിമർശകർ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. സാമ്പത്തിക പരിഹാരം ആവശ്യമുള്ള രംഗത്ത് സാങ്കേതികമായ പരിഹാരം Technological Solution) നിർദ്ദേശിക്കുകയാണ് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ചെയ്യുന്നതെന്നും ഇവർ അഭിപ്രായപ്പെടുന്നു.

ഈ വിമർശനങ്ങളിൽ കഴമ്പുണ്ടെന്ന് അംഗീകരിച്ചുകൊണ്ടുതന്നെ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന മുന്നോട്ടുവച്ചിട്ടുള്ള പരിപാടികളുടെ സാധ്യതകൾ പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ ശ്രമിക്കുകയാണ് വേണ്ടത്. വ്യത്യസ്ത രാഷ്ട്രീയ

കാഴ്ചപ്പാടുകളുള്ള ലോകരാജ്യങ്ങൾ ചേർന്ന് രൂപം നൽകിയിട്ടുള്ള ലോകാരോഗ്യ സംഘടനക്ക് പ്രത്യക്ഷത്തിൽ രാഷ്ട്രീയ പക്ഷപാതിത്വത്തോടുകൂടിയ തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കാനാവില്ല എന്നതാണ് വസ്തുത. പക്ഷെ ഈ പരിധികൾക്ക് അകത്തുനിന്നുകൊണ്ടുതന്നെ പൊതുവിൽ ജനകീയമായ ഒരു നയപരിപാടി ലോകരാജ്യങ്ങളെകൊണ്ടു അംഗീകരിപ്പിക്കുവാൻ ലോകാരോഗ്യ സംഘടിനക്ക് കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു എന്ന വസ്തുത കാണാതെ പോവരുതു്. ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ സങ്കൽപനത്തിലെ പരിമിതികൾ പർവതീകരിച്ചു കാണിച്ച് തള്ളിക്കളയാതെ, ലോകരാജ്യങ്ങൾ ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ പ്രവർത്തനപരിപാടിയോട് സ്വീകരിച്ചു പോരുന്ന നിലപാടുകൾ വിലയിരുത്തികൊണ്ടു് ഒരു ജനകീയാരോഗ്യ പ്രസ്ഥാനം കെട്ടിപ്പടുക്കുന്നതിന്നു് ദേശീയ തലത്തിൽ ശ്രമിക്കുകയാണ് വേണ്ടതു്.

സാർവദേശീയ സ്ഥിതിഗതികൾ.

അൽമാഅട്ടാ പ്രഖ്യാപനത്തിനുശേഷം ഒരു ദശാബ്ദക്കാലം പിന്നിടുകയും 2000 മാണ്ടു വരാൻ ഒരു ദശാബ്ദകാലയളവ്മാത്രം അവശേഷിച്ചിരിക്കുകയും ചെയ്തിരിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ലോകരാജ്യങ്ങളെല്ലാംതന്നെ ആരോഗ്യരംഗത്തെ തങ്ങളുടെ പ്രഖ്യാപിത ലക്ഷ്യങ്ങൾ നേടിയെടുക്കുന്നതിൽ എത്രമാത്രം പുരോഗതി കൈവരിച്ചു എന്നു് പരിശോധിച്ചുവരികയാണ്.

വിവിധ രാജ്യങ്ങളിൽ കഴിഞ്ഞ ഒരു ദശാബ്ദക്കാലത്തിനിടക്ക് ആരോഗ്യരംഗത്തു് ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് എത്രത്തോളം മാററങ്ങളുണ്ടായി എന്നു വിലയിരുത്തുന്നതിന് സഹായകമായ വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും ലഭ്യമല്ല. എങ്കിലും, പൊതുവായ ചില നിഗമനങ്ങളിലെത്തുന്നതിന് 'യുനിസെഫ് പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുള്ള "ലോകത്തെ കുഞ്ഞങ്ങളുടെ അവസ്ഥ - 1988—സംക്ഷിപ്ത അവലോകനം" എന്ന രേഖയിൽനിന്നുള്ള താഴെകൊടുക്കുന്ന ഉദ്ധരണികൾ സഹായിക്കും.

"ഇന്നു് പല ജനസമൂഹങ്ങളിലേയും അറിവുള്ള വ്യക്തികൾക്ക്പോലും കുടുംബത്തിൻെറ ആരോഗ്യരക്ഷ ഉറപ്പുവരുത്താനുള്ള കഴിവ് പലപ്പോഴും ദാരിദ്ര്യത്തിൻെറ പരിമിതികൾക്ക് അടിമപ്പെടുന്നു. വിദ്യാഭ്യാസത്തിൻെറ അഭാവം അതിനു് മങ്ങലേൽപ്പിക്കുന്നു. സ്ത്രീകളുടെ പദവിയിലുള്ള അസമത്വം തടസ്സങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നു; കച്ചവടക്കണ്ണുള്ള സ്ഥാപിതതാത്പര്യങ്ങളുടെ പ്രചരണം ആശയക്കുഴപ്പമുണ്ടാക്കുന്നു, ശുദ്ധജലം, ശുചിത്വം വേണ്ടത്ര പാപ്പിട സൗകര്യം തുടങ്ങിയ അടിസ്ഥാനഭൗതിക ആവശ്യങ്ങളുടെ ലഭ്യതയിലെ അപര്യാപ്തത പരിമിതി സൃഷ്ടിക്കുന്നു.

അതുകൊണ്ടുതന്നെ, ആരോഗ്യസ്വയംരക്ഷയ്ക്ക് വ്യക്തികളെ പ്രാപ്തരാക്കുകയെന്നതു്, അടിസ്ഥാന സാമൂഹ്യസേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാനും, ഒരു കുടുംബത്തിൻെറ അദ്ധ്വാനത്തിനു് ന്യായമായ പ്രതിഫലം ഉറപ്പുവരുത്താനും ഭൂപരിഷ്ക്കാരനിയമങ്ങൾ കൊണ്ടുവരാനും പ്രാഥമികാരോഗ്യ രക്ഷയുടെ നിർണ്ണായകമായ അസ്ഥിവാരം കെട്ടിപ്പടുക്കാനുമുള്ള ഗവർമ്മെൻറിൻെറ ഉത്തരവാദിത്വ

ത്തിന് പകരമുമുള്ള ഒരുനടപടിയായി ഒരിക്കലും കരുതാൻ പാടില്ല. അതു് പോലെ, ആരോഗ്യരക്ഷയുടെ വ്യക്തിഗത ഉത്തരവാദിത്വം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കാനുള്ള ശ്രമം ലോകത്തു് ഇന്നു് മിക്ക രോഗബാധകൾക്കും അകാലമരണങ്ങൾക്കും മൗലികകാരണമായി തുടരുന്ന ദാരിദ്ര്യവും അനീതിയും അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിനു് സഹായിക്കാനുള്ള ഉത്തരവാദിത്വത്തിൽനിന്നു് അന്താരാഷ്ട്രസമൂഹത്തെ വ്യതിചലിപ്പിക്കാനും പാടില്ല.

കുടുംബത്തിന്റെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്താനുള്ള അറിവ് മാത്രമല്ല ഇന്നു് ലഭ്യമായിട്ടുള്ളതു്. ആ അറിവ് ഭൂരിപക്ഷത്തിനു് പ്രാപ്യമാക്കിതീർക്കാനുള്ള എല്ലാ വിഭവശേഷിയും നമുക്കുണ്ടു്. എൺപതുകളുടെ അവസാനത്തിലേയ്ക്കു് നീങ്ങുന്ന ഈ സമയത്തു് അണിനിരന്നു് മുന്നേറാൻ ഇതിനേക്കാൾ മഹത്തായ മറെറാരു ലക്ഷ്യവുമുണ്ടാവില്ലതന്നെ.

കാരണം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ജീവനും വളർച്ചയും സംരക്ഷിക്കാൻ പ്രായോഗികവും താങ്ങാനാവുന്നതുമായ മാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചു് ലോകമൊട്ടുക്കുള്ള കുടുംബങ്ങളെ വേണ്ടവിധം ധരിപ്പിക്കുന്നതിലും ലോകം അനാസ്ഥ കാട്ടിയതു് കൊണ്ടുമാത്രം ലക്ഷോപലക്ഷം കുഞ്ഞുങ്ങൾ മരിക്കുകയും അതിലുമെത്രയോയേറെ കുഞ്ഞുങ്ങൾ വളർച്ചമുരടിച്ചു് അന്ധരും മന്ദബുദ്ധികളുമായി തീരുകയുംചെയ്യുന്ന അവസ്ഥ പരിഷ്കൃതമെന്നു് തെല്ലെങ്കിലും അവകാശപ്പെടുന്ന ഒരു ലോകത്തിനു് ഒരിക്കലും സ്വീകാര്യമായിരിക്കയില്ല.

സാധാരണഗതിയിൽ, ഒരു സമൂഹത്തെ മുഴുവൻ അണിനിരത്താനുംവേണ്ട വിഭവസമ്പത്തു് സമാഹരിക്കാനും ആവശ്യവും ലഭ്യതയും തമ്മിൽ പൊരുത്തപ്പെടുത്താനും ഊർജ്ജിതമായ ഒരു ദേശീയ യത്നത്തിനു് സ്ഥിരം ഗവണ്മെണ്ടു് സേവനങ്ങളുടെ പിൻബലം ഉറപ്പുവരുത്താനും കഴിയുന്നതു്, ഒരു രാജ്യത്തിന്റെ രാഷ്ട്രീയനേതൃത്വത്തിന്റെ അർപ്പണമനോഭാവത്തിനാണു്. ഇപ്രകാരമുള്ള അർപ്പണമനോഭാവത്തിന്റെ ഉത്തമദൃഷ്ടാന്തങ്ങളുണ്ടെങ്കിലും പാവപ്പെട്ടവർക്കും അവശവിഭാഗങ്ങൾക്കുംവേണ്ടി രംഗത്തിറങ്ങാനുള്ള രാഷ്ട്രീയ ഇച്ഛാശക്തി എല്ലായ്പോഴും കാണുന്നില്ലായെന്നു് പറയാതെവയ്യ

ഭരണം നടത്തുന്ന ഉന്നത സ്ഥാനീയർക്കിടക്ക് ഭൂരിപക്ഷത്തിന്റെ ക്ഷേമത്തോടുള്ള അലംഭാവമാണ്, പലരാഷ്ട്രങ്ങളുടേയും വികസനത്തിനു് അന്നും ഇന്നും വിലങ്ങുതടിയായി നിലകൊള്ളുന്നതു്. ദരിദ്രഭൂരിപക്ഷത്തിന്റെ താൽപര്യത്തിനുവേണ്ടി നിലകൊള്ളുന്ന ഒരു നേതൃത്വത്തിനുവേണ്ടിയുള്ള മത്സരം, വികസന പ്രക്രിയയുടെ സ്ഥായിയായ ഒരു സ്വഭാവമായിതീരണം'

ചുരുക്കത്തിൽ, ഭൂരിപക്ഷം ജനങ്ങൾക്കും അനുകൂലമായ രാഷ്ട്രീയമായ മാററത്തിലൂടെ മാത്രമേ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പരിഹാരം കാണാൻ പററു എന്ന നിലപാടിലാണ് പത്തുവർഷത്തെ അനുഭവത്തിലൂടെ യൂനിസെഫ് എത്തിച്ചേർന്നിട്ടുള്ളതെന്നു കാണാം.

ഈ യാഥാർത്ഥ്യം അംഗീകരിക്കുമ്പോൾതന്നെ 'ആദർശസുന്ദരമായ ഒരു രാഷ്ട്രീയവ്യവസ്ഥ കൈവരുത്തുന്നതുവരെ പുരാശക്തി കാത്തിരിക്കണമെന്നു

കരുതുന്നതു് ശരിയല്ലെന്നും'', 'നിലവിലുള്ള സാമ്പത്തിക—സാമൂഹ്യ, സ്ഥിത മാററാനുള്ള സമരവും, നിലവിലുള്ള സ്ഥിതി നിലനിർത്തിക്കൊണ്ടുതന്നെ മാനവക്ഷേമം മെച്ചപ്പെടുത്താനുള്ള അവസരവും' രണ്ടും ഒരുപോലെ പ്രധാന പ്പെട്ടതാണെന്നും യൂനിസെഫ് വ്യക്തമാക്കുന്നുണ്ടു്.

ലഭ്യമായ വിവരങ്ങരം വെച്ചുകൊണ്ടു് കഴിഞ്ഞ ഒരു ദശാബ്ദകാലത്തെ അനുഭവങ്ങരം വിലയിരുത്തുമ്പോരം ലോകരാഷ്ട്രങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ രംഗത്തെ രണ്ടു് പ്രവണതകരം കാണാൻ കഴിയും. ചൈന, വിയററ്നാം, ക്യൂബ, തുടങ്ങിയ വികസ്വര രാജ്യങ്ങരം അൽമഅട്ടാ പ്രഖ്യാപനത്തിനുമുൻപ്തന്നെയും മൊസാംബിക്ക്, നിക്കാറാഗ്വ തുടങ്ങിയ രാജ്യങ്ങരം അതിനുശേഷവും കൈവ രിച്ച പുരോഗതിയാണ് ഏററവും ശ്രദ്ധേയമായ പ്രതിഭാസം, അൽമഅട്ടാ പ്രഖ്യാപനം നടന്ന വർഷംതന്നെ (1978) ചൈന ശിശുമരണനിരക്ക് 56ആയും പൊതുമരണനിരക്ക് 6 4 ആയും കുറക്കുകയും പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം 64ആയി വർദ്ധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്തിരുന്നു. വിയററ്നാമിൽ 1945ൽ ശിശുമര ണനിരക്ക് 450 ആയിരുന്നതു് 1968ൽ 33ആയി കുറഞ്ഞു] ക്യൂബയിലാവട്ടെ 1975ൽതന്നെ ശിശുമരണനിരക്ക് 28ആയി കുറഞ്ഞിരുന്നു. 2000മാണ്ടോടുകൂടി ശിശുമരണനിരക്ക് 60ആയി കുറയാനാണ് ഇന്ത്യ ശ്രമിക്കുന്നതെന്ന് മനസ്സി ലാവുമ്പോരം ഈ കണക്കുകളുടെ പ്രസക്തി വ്യക്തമാവുമല്ലൊ. മൊസാംബി ക്ക്, നിക്കാറാഗ്വ തുടങ്ങിയ നവസ്വതന്ത്ര രാജ്യങ്ങളിൽ ജനകീയ ആരോഗ്യന യം നടപ്പിലാക്കാൻ നടത്തുന്ന ശ്രമങ്ങരം സാർവദേശീയമായി ശ്രദ്ധിക്കപ്പെട്ടു വരികയാണ്.

സോഷ്യലിസ്റ്റ് പാത സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ള രാജ്യങ്ങരം ആരോഗ്യരംഗത്തു് ശ്രദ്ധേയങ്ങളായ നേട്ടങ്ങരം കൈവരിച്ചുവരികയാണ് അതേയവസരത്തിൽ ശാസ്ത്രസാങ്കേതിക വിപ്ലവത്തുടന്നുണ്ടായ സാമൂഹ്യ – സാമ്പത്തിക വളർച്ചയുടെ ഫലമായി ആരോഗ്യരംഗത്തു് നിരവധി പ്രതിസന്ധികരം ഉയർന്നുവന്നിട്ടുണ്ടു്. അവയെല്ലാം ഇവിടെ വിശദമായി പരിശോധിക്കാൻ മുതിരുന്നില്ല. ആരോ ഗ്യസേവനം മററെല്ലാ മേഖലകളുമെന്നപോലെ വ്യവസായവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട തിൻെറ പ്രശ്നങ്ങളാണ് പൊതുവിൽ ഈ രാജ്യങ്ങരം നേരിടുന്നതു്. ആരോ ഗ്യം മനുഷ്യൻെറ ജന്മാവകാശമാണെന്നു് സോഷ്യലിസ്റ്റ് രാജ്യങ്ങരം അംഗീകരി ക്കുന്നു. എന്നാൽ മുതലാളിത്ത രാജ്യങ്ങളിൽ ആരോഗ്യം കമ്പോളത്തിൽനിന്നു് വിലകൊടുത്തുവാങ്ങേണ്ട ഉൽപന്നമായി മാറിയിരിക്കുന്ന മരുന്നുകമ്പനികളും ഉപകരണനിർമ്മാതാക്കളും മററുംചേർന്ന് രൂപം നൽകിയിട്ടുള്ള ആരോഗ്യവ്യവ സായ കൂട്ടുകെട്ടാണ് (Medical-Industrial Complex) ആരോഗ്യമേഖലയിൽ മേധാവിത്വം വഹിക്കുന്നതു്. സ്വകാര്യ ചികിത്സാ സമ്പ്രദായം നിലവിലുള്ള അമേരിക്കയിൽ ആരോഗ്യസേവനം സാമൂഹ്യനിയന്ത്രണത്തിൽ കൊണ്ടുവരേണ്ട താണെന്ന അഭിപ്രായം ശക്തി പ്രാപിച്ചുവരികയാണ്. മുതലാളിത്ത ലോക ത്തിലെ സോഷ്യലിസ്റ്റ് തുരുത്തു് എന്നു വിശേഷിപ്പിക്കാവുന്ന ബ്രിട്ടനിലെ പൊതുഉടമസ്ഥതയിലുള്ള നാഷണൽ ഹെൽത്തു് സർവീസിനെ സ്വകാര്യവൽ ക്കരിച്ച് ദുർബലപ്പെടുത്തുന്നതനുള്ള താച്ചർ ഗവർമ്മെൻറിൻെറ നീക്കങ്ങരംക്കെ

തീരായി ബ്രിട്ടനിലെ സംഘടിത പ്രസ്ഥാനങ്ങളും മെഡിക്കൽ പ്രൊഫഷനും പ്രതികരിച്ചുവരികയാണ്.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ വികസ്വരരാജ്യങ്ങൾ ആനുകൂലമായ നടപടികൾക്കെതിരെ അമേരിക്ക നടത്തുന്ന രഹസ്യനീക്കങ്ങളും ഈ സാഹചര്യത്തിൽ ചർച്ചചെയ്യപ്പെടേണ്ടതുണ്ട്. പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനത്തിന്റെ എട്ടു ഘടകങ്ങളിൽ സുപ്രധാനമായ ഒന്നാണ്. അവശ്യമരുന്നുകൾ ലഭ്യമാക്കൽ ഇതിനായി അവശ്യമരുന്നുകൾക്കായുള്ള ഒരു പ്രവർത്തനപരിപാടിക്ക്തന്നെ (An Action Programme for Essential Drugs)ലോകാരോഗ്യ സംഘടന രൂപം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. അനാവശ്യങ്ങളും അപകടകാരികളുമായി ഔഷധങ്ങൾ വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലേക്ക് കയറ്റുമതിചെയ്യും, വികസ്വരരാജ്യങ്ങളുടെ ദേശീയ ഔഷധനിർമ്മാണക്കഴിവുകൾ തകർത്തുകൊണ്ടും ബഹുരാഷ്ട്ര മരുന്നുകമ്പനികൾ നടത്തുന്ന ചൂഷണം ഒരു പരിധിവരെ നിയന്ത്രിക്കുവാൻ ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ പരിപാടികൾക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ലോകഔഷധ മാക്കററിൽ 25% നിയന്ത്രിക്കുന്ന അമേരിക്കയെ ഇതു വല്ലാതെ ചൊടിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു. ഇതിനുപുറമേ ബേബിഫുഡുകൾക്ക്പകരം മുലപ്പാൽ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനായി ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയും യൂനിസെഫും നടത്തുന്ന ശ്രമങ്ങൾ വൻകിട ബേബിഫുഡു കയററുമതി രാജ്യമായ അമേരിക്കയെ ദേഷ്യം പിടിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. യുനെസ്ക്കോയിൽ നിന്നെന്നപ്പോലെ ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയിൽനിന്നും പുറത്തുപോകാൻ അമേരിക്ക തീരുമാനിച്ചിട്ടുള്ളതു് ഈ സാഹചര്യത്തിലാണ്. അതിനുമുന്നോടിയായി, ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയെ അതിന്റെ പ്രഖ്യാപിത നയങ്ങളിൽനിന്ന് വ്യതിചലിപ്പിക്കുന്നതിന്നായി ലോകാരോഗ്യ സംഘടനക്ക് അമേരിക്ക നൽകുന്ന സാമ്പത്തികസഹായം കുറച്ചുകൊണ്ടുവരാൻ അവർ തീരുമാനിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടന അമേരിക്കൻ സമ്മർദ്ദ തന്ത്രങ്ങൾക്ക് കീഴ്പ്പെട്ട് പോയെന്ന് ഭയാശങ്കകൾ ഉയർന്ന സാഹചര്യത്തിലാണ് ലോകാരോഗ്യ സംഘടനക്ക് ജനകീയമായ കാഴ്ചപ്പാട് നൽകുന്നതിൽ മുഖ്യപങ്കുവഹിച്ചിരുന്ന അതിന്റെ ഡയറക്ടർ ജനറൽ ഹിൽഫ്ഡൻ മാലർ (Halfdon Mahler) കഴിഞ്ഞവർഷം സ്ഥാനമൊഴിഞ്ഞതു്. പുതുതായി സ്ഥാനമേററ ജപ്പാനിലെ ഹിരോഷി നകാജിമ (Hiroshi, Nakajima ഒരു അമേരിക്കൻ പക്ഷപാതിയായിട്ടാണ് കരുതപ്പെടുന്നതു്- ഇതിനുപുറമേ, ഒരു ബഹുരാഷ്ട്ര മരുന്നുകമ്പനിയിൽ ഉയർന്ന സ്ഥാനം വഹിച്ചയാളുമാണ് നകാജിമ. അദ്ദേഹത്തിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ഇതിനകം സ്വീകരിച്ചുപോന്ന 'പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനം' അത്യാവശ്യമരുന്നുകൾക്കായുള്ള പ്രവർത്തന പരിപാടി തുടങ്ങി വികസ്വരരാജ്യങ്ങൾക്ക് അനുകൂലമായ നയങ്ങളിൽ മാററം വരുമോ എന്ന ആശങ്ക ഉയർത്തിക്കൊണ്ടാണ് അൽമഅട്ടാ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെ ദശാബ്ദം കടന്നുപോയതു്,

ഇന്ത്യൻ ജനതയുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി:

''2000ാമാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം, എന്ന ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ പ്രഖ്യാപനം 1978ൽ അൽമാഅട്ടായിൽ ചേർന്ന യോഗത്തിൽ വച്ചു ഇന്ത്യയും അംഗീകരിച്ചിരുന്നു. ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ നിർദ്ദേശാനുസരണം 2000ാമാണ്ടോടെ നേടിയെടുക്കേണ്ട ലക്ഷ്യങ്ങൾ ഇന്ത്യാഗവർമെൻറ് പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുണ്ട്. പൊതു മരണ നിരക്ക് 9 ആയും ശിശുമരണ നിരക്ക് 60 ആയും കുറച്ചു കൊണ്ടുവരാനും സ്ത്രീകളുടേയും പുരുഷന്മാരുടേയും ആയുർ ദൈർഘ്യം 64 വർഷമായി വർദ്ധിപ്പിക്കാനുമാണ് തീരുമാനിച്ചിട്ടുള്ളത്. ഇതിനുപുറമേ 85—100%കുട്ടികൾക്ക് രോഗപ്രതിരോധ കുത്തിവപ്പുകൾ നല്കണമെന്നും നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്നു.

അൽമഅട്ടാ പ്രഖ്യാപനം കഴിഞ്ഞ് ദശാബ്ദം പിന്നിട്ടിരിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ഇന്ത്യൻ ജനതയുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി പരിശോധിക്കുമ്പോൾ ഈ പ്രഖ്യാപിത ലക്ഷ്യങ്ങൾ രാജ്യം നേടിയെടുക്കുമെന്നു കരുതാൻ നിർവാഹമില്ല. ഏററവും അവസാനം ലഭിച്ച കണക്കുകളെനുസരിച്ച് പൊതുമരണ നിരക്ക് 11. 9ഉം ശിശു ശിശുമരണനിരക്ക് 96ഉം ജനനനിരക്ക് 33.6ഉം പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം 55 വർഷവുമാണ്.

പട്ടിക ഒന്ന്

	1988	2000ാംമാണ്ടുലക്ഷ്യം
ശിശുമരണനിരക്ക്	96	60
പൊതു മരണ നിരക്ക്	11.9	9
പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം	55 വർഷം	64 വർഷം
രോഗ പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പ്	25%	85—%
ജനനനിരക്ക്	33.6	21

സ്വാതന്ത്ര്യ ലബ്ധിക്കുശേഷം ആരോഗ്യരംഗത്ത് പല നേട്ടങ്ങളും ഇന്ത്യ കൈവരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആശുപത്രികളുടെയും മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടേയും എണ്ണത്തിൽ ഗണ്യമായ വർധനവുണ്ടായിട്ടുണ്ട്. വർഷംതോറും 13000 ഡോക്ടർമാരെ രാജ്യത്ത് 106 മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലായി പരിശീലിപ്പിച്ചുവരുന്നു.

പട്ടിക രണ്ട്

വർഷം	പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം	ശിശുമരണ നിരക്ക്	ആശുപത്രികളുടെ എണ്ണം	ഡോക്ടർമാർ
1951	32.1	180	2694	61, 8401
1961	41.2	165	3094	80, 084

1971	45.5	137	3976	1, 51, 129
1981	52.1	120	6805	2, 68, 71[2]
1985	57.0	105	7181	3, 06, 96[1]

എന്നാൽ ഇതേ കാലയളവവിൽ മററു രാജ്യങ്ങളിലുണ്ടായ മാററങ്ങളുമായി തട്ടിച്ചുനോക്കുമ്പോഠം ഈ നേട്ടങ്ങഠം നിസ്സാരങ്ങളാണെന്നു കാണാം. ഭൂരിപക്ഷം ജനങ്ങളുടേയും ആരോഗ്യസ്ഥിതി അത്യധികം ഹേയനീയമായി തുടരുകയാണ്. കേവലം 20% ജനങ്ങഠംക്ക് മാത്രമാണ് ആധുനിക ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങഠം ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്. വർഷംതോറും ഇന്ത്യയിൽ ജനിച്ചുവീഴുന്ന 230 ലക്ഷം കുട്ടികളിൽ 25 ലക്ഷം കുട്ടികളും ഒരു വയസ്സു പൂർത്തിയാവുന്നതിനുമുൻപ് മരണമടയുന്നു. ബാക്കിയുള്ളവരിൽ 9ൽ ഒരാഠം 5 വയസ്സിനു മുൻപു മരണമടയുന്നു. 13 ലക്ഷം കുട്ടികഠം രോഗപ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പുകഠം വഴി തടയാൻ കഴിയുന്ന രോഗങ്ങഠംമൂലം മരണമടയുന്നു, 25% കുട്ടികഠംക്ക് മാത്രമാണ് രോഗപ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പുകഠം ലഭിക്കുന്നത്. ഒരു കോടിയിലേറെ പേർ ക്ഷയരോഗ ബാധിതരാണ്. അഞ്ചര ലക്ഷം പേർവർഷം തോറും ക്ഷയരോഗംമൂലം മരണമടയുന്നു. ലോകത്തെ മൂന്നിലൊന്നു കുഷ്ട രോഗികളും ഇന്ത്യക്കാരാണ്. വയറിളക്കരോഗങ്ങഠം മൂലം 15 ലക്ഷംകുട്ടികഠം വർഷംതോറും ഇന്ത്യയിൽ മരണമടയുന്നു (ദിവസേന 300 കുട്ടികഠം)

ഇന്ത്യയിൽ കാണപ്പെടുന്ന രോഗങ്ങളിൽ 88%വും പോഷണക്കുറവിന്റെയും പരിസരശുചിത്വ സംവിധാനത്തിന്റെയും ശുദ്ധ ജലത്തിന്റെയും അഭാവം മൂലം ഉണ്ടാകുന്നവയാണ്. അൽമഅട്ടാ പ്രഖ്യാപനത്തിനെത്തുടർന്ന് പാർലമെന്റ് 1982ൽ അംഗീകരിച്ച ആരോഗ്യനയ പ്രഖ്യാപനരേഖയിൽ ഇന്ത്യൻ ജനതയുടെ പരിതാപകരമായ ആരോഗ്യ സ്ഥിതിയെയും അതിനുള്ള കാരണങ്ങളെയും പററി ഇങ്ങനെ പരാമർശിക്കുന്നു. അപര്യാപ്തമായ ആരോഗ്യ രക്ഷാ നടപടികഠം പരിസരശുചിത്വമില്ലായ്മ, അജ്ഞത, ദാരിദ്ര്യം, കുടിവെള്ളത്തിനുള്ള സുരക്ഷിതത്വമില്ലായ്മ എന്നിവ മൂലം ശിശുക്കഠംക്കിടയിൽ വയറിളക്കവും അതുപോലുള്ള തടയാൻ കഴിയുന്ന സാംക്രമിക രോഗങ്ങളും വലിയ അളവിൽ കണ്ടുവരുന്നു. ഗ്രാമീണജനതയിൽ 31 ശതമാനത്തിനു മാത്രമാണ് കുടിവെള്ള സൗകര്യം ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്. 0.5% നത്തിനു മാത്രമേ അടിസ്ഥാന പരിസര ശുചിത്വ സംവിധാനം നല്കി കഴിഞ്ഞിട്ടുള്ളൂ.

ദരിദ്രരുടെ എണ്ണം വർഷംതോറും വർദ്ധിച്ചുവരികയാണ്. ഗവൺമെൻറ് കണക്കുകളനുസരിച്ച് ഗ്രാമീണരിൽ 40.4 ശതമാനവും ദാരിദ്ര്യരേഖക്ക് താഴെയാണ്. ബിഹാറിൽ 51.4 ശതമാനവും ഉത്തരപ്രദേശിൽ 46.5 ശതമാനവും ഒറീസ്സയിൽ 44.8 ശതമാനവും ഗ്രാമീണർ ദരിദ്രരാണ്. 20 കോടിയോളം സ്ത്രീകളും കുട്ടികളും പോഷണ വൈകല്യമുള്ളവരാണ്. കുട്ടികളിൽ 40%പേർക്കും പോഷണകുറവുമൂലമുള്ള രോഗങ്ങഠം ബാധിച്ചിരിക്കുന്നു. ഭക്ഷണ സാധനങ്ങളുടെ ഉല്പാദനം വദ്ധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കേയാണ് ഇന്ത്യയിൽ ദാരിദ്ര്യം

വരുന്നതെന്നതാണ് നിർഭാഗ്യകരമായ സത്യം. പ്രതിവർഷം 150 ദശലക്ഷം ടൺ ഭക്ഷ്യവസ്തുക്കൾ ഇന്ത്യയിൽ ഉൽപാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്നുണ്ട്. ഇതു് തുല്യമായി വിതരണംചെയ്താൽ ഒരാൾക്ക് ശരാശരി 550 ഗ്രാംവീതം ലഭിക്കും. യഥാർത്ഥ ആവശ്യം കേവലം 370ഗ്രാം മാത്രമാണ്. എന്നാൽ വർഷംതോറും പ്രതിശീർഷ ആഹാര ഉപഭോഗം കുറഞ്ഞുവരികയാണ്. ഉൽപാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന ആഹാരസാധനങ്ങൾ വാങ്ങാനുള്ള സാമ്പത്തികശേഷി സാധാരണക്കാർക്കില്ല എന്നതാണ് വസ്തുത. ജനലക്ഷങ്ങൾ പട്ടിണികിടക്കുമ്പോൾ ഭക്ഷ്യവസ്തുക്കൾ ഗോഡൗണുകളിൽ കെട്ടിക്കിടക്കുന്നു.

എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം നേടികൊടുക്കുന്നതിൽ സാക്ഷരതക്കുള്ള പങ്ക് ലോകാരോഗ്യസംഘടന പ്രത്യേകം ചൂണ്ടിക്കാട്ടിയിട്ടുണ്ട്. സ്ത്രീകളുടെ വിദ്യാഭ്യാസനിലവാരവും കുട്ടികളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയുമായി പ്രത്യക്ഷമായിതന്നെ ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. സ്വാതന്ത്ര്യംകിട്ടി 41വർഷം കഴിഞ്ഞിട്ട് കേവലം 36.33 ശതമാനം ജനങ്ങൾക്ക് മാത്രമാണ് എഴുതാനും വായിക്കാനും അറിയാവുന്നതു്. സ്ത്രീകളുടെ സാക്ഷരത നിലവാരമാവട്ടെ കേവലം 24.82 ശതമാനം മാത്രമാണ് സംസ്ഥാനങ്ങൾ തമ്മിലും നഗരങ്ങളും ഗ്രാമങ്ങളും തമ്മിലും വലിയ അന്തരം നിലനിൽക്കുന്നു. ഗ്രാമീണ സ്ത്രീകളുടെ സാക്ഷരത സാക്ഷരത 17.96 ശതമാനമാണ്. ബീഹാറിൽ ഇത് 10.17ശതമാനവും മധ്യപ്രദേശിൽ 8.99 ശതമാനവും രാജസ്ഥാനിൽ 5.96 ശതമാനവും ഉത്തരപ്രദേശിൽ 9.49 ശതമാനവുമാണ്.

ആരോഗ്യ പരിരക്ഷക്കായി ഗവൺമെൻറ് പഞ്ചവത്സര പദ്ധതികളിലൂടെ നീക്കിവരുന്ന തുക വർഷംതോറും കുറഞ്ഞുവരികയാണ്. (പട്ടിക മൂന്ന്) ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കാനുള്ള പൂർണ്ണമായ ഉത്തരവാദിത്വം സർക്കാരിന്നായിരിക്കെ ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾക്കായുള്ള ചെലവിൻെറ ഭൂരിഭാഗവും ജനങ്ങൾ സ്വയം വഹിക്കേണ്ട സ്ഥിതിയാണുള്ളതു്. പ്രതിവർഷം ഒരാൾക്ക് വേണ്ടി ഗവൺമെൻറ് ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾക്കായി കേവലം 36 രൂപയാണ് ചെലവിടുന്നതു്. സ്വകാര്യ ചിലവാകട്ടെ 180 രൂപയാണ്.

പട്ടിക മൂന്ന്

പദ്ധതികാലം	ആരോഗ്യബഡ്ജററ് ശതമാനം
1951—56	3.32
1956—61	3.01
1961—66	2.63
1966—69	2.11
1977—79	1.92
1980—85	1.86
1985—90	1.88

ലഘുവായ ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ സന്തുലിതമായി വിതരണം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള യാതൊരു ശ്രമവും നടക്കുന്നില്ല. ഈ പ്രശ്നം ദേശീയ നയപ്രഖ്യാപന രേഖയിൽ വിമർശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണ്. രേഖയിൽ പറയുന്ന ''ഇന്നത്തെ ആരോഗ്യ രംഗത്തെ സംവിധാനം തികച്ചും പാശ്ചാത്യരാജ്യങ്ങളിൽ നിലവിലുള്ള ചികിത്സാരംഗത്തെ പ്രവർത്തന ശൈലിയെ ഏതാണ്ട് പൂർണ്ണമായി പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്ന സമ്പ്രദായങ്ങളാണ്. എന്നാൽ നമ്മുടെ നാട്ടിലെ യാഥാർത്ഥ്യങ്ങൾക്കും ജനങ്ങളുടെ യഥാർത്ഥ ആവശ്യങ്ങൾക്കും അപര്യാപ്തവും അപ്രസക്തവുമാണ്. നിലവിലുള്ള ആശുപത്രി അധിഷ്ഠിതമായ രോഗനിർണ്ണയ ചികിത്സാ സമ്പ്രദായങ്ങൾ ഉന്നത സാമ്പത്തിക നിലവാരം പുലർത്തുന്ന, പ്രത്യേകിച്ചും പട്ടണവാസികൾക്ക് മാത്രം പ്രയോജനപ്പെടുന്നതാണ്.'' ആരോഗ്യനയ പ്രഖ്യാപനത്തിൽ ഇങ്ങനെ വെട്ടിത്തുറന്ന കാര്യങ്ങൾ പറയുന്നുണ്ടെങ്കിലും ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങളെല്ലാം നഗരങ്ങളെ കേന്ദ്രീകരിച്ചിട്ടാണ് സംവിധാനം ചെയ്തിട്ടുള്ളതെന്നു കാണാം. 80 ശതമാനം ജനങ്ങൾ കഴിയുന്ന ഗ്രാമങ്ങളിൽ കേവലം 20 ശതമാനം ഡോക്ടർമാരും ആശുപത്രികളും മററുമുള്ളപ്പോൾ 20 ശതമാനം ജനങ്ങൾ കഴിയുന്ന നഗരങ്ങളിൽ ഭൂരിഭാഗം ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങളും കേന്ദ്രീകരിച്ചിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക നാല്

	നഗരം (ശതമാനം)	ഗ്രാമം
ജനസംഖ്യ	23.7	76.3
ഡോക്ടർമാർ	70.80	20.30
നഴ്സുമാർ	60	40
ആശുപത്രികൾ	73.9	26.1
ഡിസ്പെൻസറികൾ	20.2	69.8
ആശുപത്രിബെഡുകൾ	83	17

ആരോഗ്യരംഗത്തെ മാനുഷിക വിഭവശേഷിയുടെ വികസനത്തിലും തെററായ മുൻ ഗണനാക്രമങ്ങളാണ് സ്വീകരിച്ചു പോരുന്നത്. ഡോക്ടർമാർക്കു പുറമെ, നഴ്സുമാർ ഫാർമസിസ്ററുകൾ, റേഡിയോളജിസ്ററുകൾ ലബോറട്ടറി ടെക്നീഷ്യൻമാർ തുടങ്ങിയ പാരാ മെഡിക്കൽ വിഭാഗത്തിൽപെട്ടവരും പ്രത്യേക പരിശീലനമൊന്നും ആവശ്യമില്ലാത്ത ആസ്പത്രി ജീവനക്കാരും ചേർന്നതാണ് ആരോഗ്യ ശുശ്രൂഷാരംഗത്തു് മനുഷ്യ വിഭവശേഷിക്കു രൂപം നല്കുന്നതു്.

ഇന്ത്യയടക്കമുള്ള മിക്ക വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലും വിവിധ വിഭാഗത്തിൽ പെട്ട ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ തമ്മിൽ ആവശ്യം പാലിച്ചിരിക്കേണ്ട യുക്തിസഹമായ അനുപാതം പാലിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല. പൊതുവേ പറഞ്ഞാൽ ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം മററാരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടേതിനേക്കാൾ ആപേക്ഷികമായി

കൂടുതലാണ്. ഇന്ത്യയിൽ വർഷംതോറും 370 നഴ്സിങ്ങ് സ്കൂളുകളിൽ 8500 നഴ്സിംങ്ങ് വിദ്യാർത്ഥികളെയും 106 മെഡിക്കൽകോളേജുകളിലായി 13, 000 മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളെയുമാണ് പരിശീലിപ്പിക്കുന്നതു . നഴ്സുമാരുടെ ഏതാണ്ട് ഇരട്ടിയോളം ഡോക്ടർമാർ പ്രവേശിക്കപ്പെടുന്നു. ഡോക്ടർ നഴ്സ് അനുപാതം 1.5 എന്നായിരിക്കേണ്ടതിന്റെ സ്ഥാനത്ത് 3 ഡോക്ടർക്ക് 1 നഴ്സ് എന്ന തലതിരിഞ്ഞ അനുപാതമാണ് നിലവിലുള്ളത്, 9.5 ലക്ഷം നഴ്സുമാരെ രാജ്യത്തിന് ആവശ്യമുള്ളപ്പോൾ കേവലം 2 ലക്ഷം നഴ്സുമാരും 1 ലക്ഷം ആക്സിലറി നഴ്സുമാരുമാണ് ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്. 5 രോഗികളെ പരിചരിക്കാൻ 1 നഴ്സ് വേണ്ടിയിരിക്കേ 18 രോഗികൾക്ക് 1 നഴ്സ് മാത്രമാണ് ഉള്ളത്. മററ് ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ കാര്യത്തിലും ആവശ്യവും ലഭ്യതയും തമ്മിൽ വലിയ അന്തരമുള്ളതായികാണാം

2000ാമാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം എന്ന ലക്ഷ്യം സാക്ഷാത്ക്കരിക്കേണ്ടത് പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനം മുഴുവനും ജനങ്ങൾക്കും ഉറപ്പുവരുത്തിക്കൊണ്ടാണെന്നും ഇതാനായി പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്തണമെന്നും ലോകാരോഗ്യ സംഘടന നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ട്. പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളുടെയും സബ്സെൻറുകളുടെയും യഥാർത്ഥ ആവശ്യങ്ങളുമായി തട്ടിച്ചുനോക്കുമ്പോൾ ഇതു് തീർത്തും അപര്യാപ്തമാണെന്ന് പറയാതെ നിവർത്തിയില്ല. 5000പേർക്ക് സബ്സെൻററും 30,000 പേർക്ക് ഒരു പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രവു, എന്ന പ്രഖ്യാപിത ലക്ഷ്യം നേടിയെടുക്കണമെങ്കിൽ 1990 ആവുമ്പോഴേക്കും നമുക്ക് 1,30,000 സബ്സെൻററുകളും 25,500 പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും ആവശ്യമായിവരും. എന്നാൽ 1936 ഒക്ടോബർവരെ 89,815 സബ്സെൻററുകളും 12,274 പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും മാത്രമാണ് സ്ഥാപിച്ചിട്ടുള്ളത്. ഇവയിൽതന്നെ ഭൂരിപക്ഷത്തിലും ആവശ്യമായ സ്റ്റാഫോ മററ് സൗകര്യങ്ങളോ ഇല്ല.

ജനപ്പെരുപ്പം തടയുന്നതിനും അതു വഴി ദേശീയ വിഭവങ്ങളുടെ ആസൂത്രിതവും തുല്യവുമായ വിതരണം സാധ്യമാക്കുന്നതിനും സർവോപരി സ്ത്രീകളുടെയും കുഞ്ഞുങ്ങളുടേയും ആരോഗ്യ സ്ഥിതി മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കണമെന്ന് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. 2000ാംമണ്ടോടെ ജനന നിരക്ക് 21 ആയി കുറക്കാൻ തീരുമാനിച്ചിട്ടുള്ളതു് ഈ കാഴ്ചപ്പാടിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ്. ജനസംഖ്യാനിയന്ത്രണവും സ്ത്രീ വിദ്യാഭ്യാസം ശിശുമരണനിരക്ക് എന്നിവയുമായി പ്രത്യക്ഷമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നുവെന്ന് അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള വസ്തുതയാണ്. കുടുംബാസൂത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങളും മാതൃസംരക്ഷണവും ഏകോപിപ്പിട്ടുണ്ടെങ്കിലും പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ മുഖ്യമായും ജനന നിയന്ത്രണ പരിപാടികളിലാണ് ശ്രദ്ധ കേന്ദ്രീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. കുടുംബാസൂത്രണ നടപടികൾക്കും ടാർജററ് നിശ്ചയിച്ചും സാമ്പത്തിക സഹായം നല്കിയും മററും ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെമേൽ വലിയ സമ്മർദ്ദവും ചെലുത്തിവരുന്നു. സ്ത്രീകളുടെ ഇടയിലുള്ള നിരക്ഷരത നിർമ്മാർജ്ജനം ചെയ്യാതിരിക്കുന്നതിന്റെയും

ശിശുമരണനിരക്ക് ഉയർന്നു നിൽക്കുന്നതിന്റെയും ഫലമായി ജനനനിരക്കും കാര്യമായി കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുവാൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. കേന്ദ്രഗവർമെന്റ് 7ാം പദ്ധതിയിൽ 3256 കോടി രൂപയാണ് കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായി മാററി വെച്ചിട്ടുള്ളത്. (മററ് ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾക്കായി 3392 കോടി രൂപയും) കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കായി മാററിവെക്കുന്ന തുക പൂർണ്ണമായും ജനനനിയന്ത്രണാവശ്യങ്ങൾക്കായിട്ടാണ് വിനിയോഗിക്കപ്പെടുക. ഇതുവഴി ജനസംഖ്യ നിയന്ത്രിക്കാൻ പററില്ലെന്ന് തെളിഞ്ഞിട്ടുള്ള സാഹചര്യത്തിൽ ശിശുമരണങ്ങൾ തടയുന്നതിനും സ്ത്രീകളുടെ സാമൂഹ്യപദവി മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുമായി ഈ തുക ചെലവഴിക്കണമെന്നുള്ള ആവശ്യം ഉയർന്നുവന്നിട്ടുണ്ട്. ജനനനിരക്ക് നിയന്ത്രിക്കുന്ന കാര്യത്തിൽ കേരളം കൈവരിച്ച നേട്ടങ്ങൾ ഈ ആവശ്യത്തെ സാധൂകരിക്കുന്നുമുണ്ട്. 'സാർവ്വത്രികരോഗ പ്രതിരോധ കുത്തിവെയ്പുകൾവഴി ശിശുമരണനിരക്ക് കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുവാൻ കേന്ദ്രഗവർമ്മെന്റ് ഇപ്പോൾ തീരുമാനിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇതിലേക്കായി 45കോടി രൂപ മാററിവെച്ചിരിക്കുന്നു. എന്നാൽ ഈ പരിപാടിയും വിജയിച്ചിട്ടില്ല.

പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന്റെ ഭാഗമായി അവശ്യമരുന്നു ലഭ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കണമെന്ന് ലോകാരോഗ്യസംഘടന ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ഭൂരിപക്ഷം ജനങ്ങളുടേയും ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾ നിർവഹിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ 250ഓളം ഔഷധങ്ങളുടെ പട്ടികയും ലോകാരോഗ്യ സംഘടന 1977ൽ പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിരുന്നു. ഇതിനു മുൻപുതന്നെ [1975ൽ] ഇന്ത്യാ ഗവർമ്മെന്റ് നിയോഗിച്ച ഹാത്തി കമ്മെററി ഇന്ത്യൻ ജനതക്കാവശ്യമായ 117മരുന്നുകൾ ഏതൊക്കെയെന്ന് ചൂണ്ടികാണിച്ചിരുന്നു ആവശ്യമരുന്നുകൾ പൂർണ്ണമായും ഉല്പാദിപ്പിക്കാൻ ആവശ്യമായ സാങ്കതിക ശേഷിയുള്ള അപൂർവം വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലൊന്നാണ് ഇന്ത്യയെന്നും UNIDOയുടെയും മററു നിരവധി ഏജൻസികളുടേയും പഠനം വ്യക്തമാക്കിയിരുന്നു ഏതാണ്ട് 23 0കോടി രൂപയുടെ ഔഷധങ്ങൾ ഇന്ത്യയിൽ നിർമ്മിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നു എന്നാൽ ഇന്ത്യൻ ഔഷധവ്യവസായം ഇന്ന് അതി ഗുരുതരമായ പ്രതിസന്ധിയെ നേരിടുകയാണ്.

അവശ്യമരുന്നുല്പാദനത്തിൽ സ്വയംപര്യാപ്തത കൈവരിക്കാൻ കഴിവുള്ള ഇന്ത്യയിൽ ഔഷധവ്യവസായം ഏതാണ്ട് പൂർണ്ണമായും ബഹുരാഷ്ട്ര കുത്തക കമ്പനികളുടെ പിടിയിലാണ്. ഔഷധമാർക്കററിന്റെ 78ശതമാനവും വിദേശകമ്പനികൾ നിയന്ത്രിക്കുന്നു. പൊതുമേഖല കമ്പനികളുടെ മാക്കററ് ഷെയർ കേവലം 6ശതമാനം മാത്രമാണ്. വിദേശകമ്പനികളും ഇന്ത്യൻ കുത്തകക്കമ്പനികളും അതിഭീമമായ ലാഭം തട്ടിയെടുക്കുന്നുവെന്നുമാത്രമല്ല അനാവശ്യങ്ങളും അപകടകാരികളുമായ ഔഷധങ്ങൾ ഇന്ത്യൻ ജനതയുടെമേൽ അടിച്ചേല്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇന്ത്യയിൽ പ്രചാരത്തിലുള്ള 60,000 തരം മരുന്നുകളിൽ 70ശതമാനത്തിലേറെ അനാവശ്യമരുന്നുകളോ അശാസ്ത്രീയമായ ഔഷധ ചേരുവകളോ ആണ്. അതേയവസരത്തിൽ അവശ്യമരുന്നുകളും രോഗപ്രതിരോധഔഷധങ്ങളും ആ

ശ്യാനസരം ഉല്പാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്നില്ല. 40,000ത്തോളം കുട്ടികൾ വിററാമിൻ Aയുടെ കുറവുമൂലം വർഷംതോറും ഇന്ത്യയിൽ അന്ധരായിത്തീരുന്നുണ്ട്, എന്നാൽ വിററാമിൻ Aയുടെ ഉല്പാദനം ആവശ്യത്തിൻെറ പകുതിമാത്രമാണുള്ളത്.

പട്ടിക അഞ്ച്

അവശ്യ മരുന്നുകളുടെ ഉല്പാദനം

	മരുന്ന്	യൂണിററ്	ലക്ഷ്യം [1986-87]	ലഭ്യത
1	പെനിസിലിൻ	എം. എം. യൂണിററ്	450	266.64
2	വിററാമിൻ എ.	,,	140	69.34
3	ക്ലോറാംഫെനിക്കോൾ	ടൺ	30?	71.60
4	ഐ. എൻ. എച്ച്	ടൺ	325	188.59
5	ക്ലോറോ കിൻ,	ടൺ	710	177 61
6	ഡാപ്സോൺ	ടൺ	60	25.52

കേന്ദ്രഗവൺമെൻറ് 1986ൽ പ്രഖ്യാപിച്ച പുതിയ ഔഷധനയം ഒരു ജനകീയ ഔഷധനയത്തിനായി ശ്രമിച്ചുവന്നവരെയാകെ നിരാശപ്പെടുത്തിയിരിക്കയാണ്. ഔഷധവില വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ മരുന്ന കമ്പനികളെ അനുവദിച്ചുകൊണ്ടും വിദേശകമ്പനികളുടെമേൽ ഏർപ്പെടുത്തിയിരുന്ന പരിമിതമായ നിയന്ത്രണങ്ങളിൽ അയവു വരുത്തിക്കൊണ്ടുമുള്ള തികച്ചും ജനവിരുദ്ധമായ ഔഷധനയമാണ് കേന്ദ്രഗവർമെൻറ് പ്രഖ്യാപിച്ചത്. പുതിയ നയം നടപ്പിലാക്കിയതിനെ തുടർന്ന് അവശ്യമരുന്നുകളുടെ വില 50 മതൽ 100ശതമാനം വരെ വർദ്ധിച്ചിരിക്കയാണ്. ക്ഷയം കുഷ്ടം തുടങ്ങിയ ദേശീയാരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽപ്പെട്ട രോഗങ്ങൾ ചികിത്സിക്കാനാവശ്യമായ മരുന്നുകളുടേയും പ്രമേഹം, രക്തസമ്മർദ്ദം, ഹൃദ്രോഗം തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾക്കാവശ്യമായ ഔഷധങ്ങളുടേയും വില സാധാരണക്കാർക്ക് താങ്ങാനാവാത്ത വിധം വർദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ട്.

പട്ടിക ആറ്

ഔഷധ വിലവർദ്ധന

	ഔഷധം	അളവ്	പഴയ വില	പുതിയ വില
1.	പിപ്പറസിൻ സിട്രേററ്	30 മി.ലി	2.63	4.74
2.	നിയോസ്പോറിൻ പൗഡർ	10 ഗ്രാം	5.14	10.56
3.	റാസ്ററിനോൺ	5 ഗ്രാം × 150	16.99	25.00

4.	ക്ലോറാം ഫെനിക്കോൾ 250 മി ഗ്രാം കാപ്സ്യൂൾ	10 ×	5.72	7.14
5.	എറിത്രോസിൻ സിറപ്പ്	45 മി. ലി	9.00	130.70
6.	ബെൻസാസൈൽ	1000 ഗുളിക	191.00	496.00

ഹാത്തിക്കമ്മിറ്റി ആവശ്യപ്പെട്ടതുപോലെ വിദേശ—നാടൻ കുത്തകകമ്പനികളെ നിയന്ത്രിച്ചുകൊണ്ടും പൊതുമേഖലാ ഔഷധകമ്പനികളെ ശക്തിപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടും അവശ്യമരുന്നുകളുടെ ഉൽപാദനം വർദ്ധിപ്പിച്ചും മിതമായ വിലക്കി സാധാരണക്കാർക്ക് ലഭ്യമാക്കിക്കൊണ്ടും മാത്രമേ ഇന്ത്യൻ ഔഷധവ്യവസായത്തെ ജനകീയവൽക്കരിക്കാനാവൂ.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ നിർദ്ദേശങ്ങളനുസരിച്ചും ദേശീയ ആരോഗ്യ നയപ്രഖ്യാപന രേഖയുടെ പൊതുകാഴ്ചപ്പാടിനനുഗുണമായും നമ്മുടെ ആരോഗ്യസംവിധാനം അടിമുടി പുനഃസംവിധാനം ചെയ്യേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ഇന്ത്യയേക്കാൾ സാമ്പത്തികമായും ശാസ്ത്രസാങ്കേതിക വൈദഗ്ദ്ധ്യത്തിന്റെ മേഖലയിലും പിന്നിൽനിൽക്കുന്ന രാജ്യങ്ങൾപോലും ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിൽ ചുരുങ്ങിയകാലംകൊണ്ട് വമ്പിച്ച പുരോഗതി കൈവരിച്ചുവരികയാണ്. രാഷ്ട്രീയമായ ഇച്ഛാശക്തിയുടെ അഭാവമാണ് ഇന്ത്യയുടെ ആരോഗ്യരംഗത്തെ പിന്നോക്കാവസ്ഥക്ക് കാരണം. ഒരു ജനകീയ ആരോഗ്യപ്രസ്ഥാനം കെട്ടിപ്പടുക്കാൻ ജനങ്ങൾ മുന്നോട്ടുവന്നെങ്കിൽമാത്രമേ ഈ ദുഃസ്ഥിതിക്ക് ആത്യന്തികമായി പരിഹാരം കാണാൻ കഴിയൂ.

കേരളം—ആരോഗ്യനയം അനിവാര്യം

ഇന്ത്യയിലെ മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളുമായി തട്ടിച്ചുനോക്കുമ്പോൾ ആരോഗ്യരംഗത്തു് കേരളം അസൂയാവഹമായ നേട്ടം കൈവരിച്ചിട്ടുണ്ട്. 2000മാണ്ടോടെ ഇന്ത്യനേടിയെടുക്കാനായി പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുള്ള ലക്ഷ്യങ്ങൾ മിക്കവയുംതന്നെ കേരളം വർഷങ്ങൾക്ക് മുൻപുതന്നെ നേടിക്കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു.

പട്ടിക ഏഴ്

	കേരളം	ഇന്ത്യ	2000മാണ്ടിലെ ലക്ഷ്യം
പൊതുമരണനിരക്ക്	6.2	11.9	9
ശിശുമരണനിരക്ക്	27	96	60
ജനനനിരക്ക്	22.4	33.6	21.0
ആയുർദൈർഘ്യം			
സ്ത്രീ	70	54	64
പു	67	55	64

ആരോഗ്യരംഗത്തെ പുരോഗതി കണക്കിലെടുത്തുകൊണ്ട് കേരളത്തിൽ ഈരംഗത്തു് വലിയ മാറ്റങ്ങൾക്ക് സാധ്യതയില്ല എന്ന ധാരണ വ്യാപകമായി

പ്രചാരത്തിലുണ്ട്. എന്നാൽ സൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിക്കുമ്പോൾ കേരളം ആരോഗ്യരംഗത്ത് നിരവധി പ്രശ്നങ്ങൾ നേരിടുന്നതായി കാണാൻകഴിയും.

മരണനിരക്ക് വളരെ കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിലും കേരളത്തിൽ വയറിളക്ക രോഗങ്ങൾ, പരാദരോഗങ്ങൾ, പോളിയോ, വില്ലൻചുമ, ക്ഷയം, കുഷ്ഠം തുടങ്ങിയരോഗങ്ങൾ കാണപ്പെടുന്നുണ്ട് എന്നതാണ് ആരോഗ്യരംഗത്ത് കേരളം നേരിടുന്ന വൈരുദ്ധ്യം ഈ രോഗങ്ങളെ പൊതുവിൽ ദരിദ്ര രോഗങ്ങൾ എന്നുവിളിക്കാവുന്നതാണ്. കേരളത്തിൽ 100ൽ ഒരാൾക്കെങ്കിലും ക്ഷയരോഗ ബാധയുള്ളതായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നു. അതായത് 2.5 ലക്ഷം ക്ഷയരോഗികൾ. ഏററവും കുറഞ്ഞത് 1.5 ലക്ഷം കുഷ്ഠരോഗികളെങ്കിലും കേരളത്തിലുണ്ട്. ഇവരിൽ 87,000 പേരുടെ രോഗം ഇതിനകം നിർണ്ണയിച്ചു കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. 1915ൽ വിവിധ രോഗങ്ങൾാംബാധിച്ചു ആശുപത്രികളിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ട കുട്ടികളുടെ എണ്ണം ഇപ്രകരമാണ് വില്ലൻചുമ 10,008 മീസിൽസു 24640 പിള്ളവാതം 122, ടൈഫോയ്ഡ് 20837 ഡിഫ്ത്തീരിയ 564.

മരണനിരക്ക് കേരളത്തിലേതുപോലെ കുറഞ്ഞിരിക്കുന്ന ഒരു പ്രദേശത്തും ദരിദ്ര്യരോഗങ്ങൾ ഇത്ര വ്യാപകമായി കാണപ്പെടുന്നില്ല എന്നത് പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടേണ്ട വസ്തുതയാണ്. ദരിദ്ര്യരോഗങ്ങൾകൊണ്ട് കഷ്ടപ്പെടുമ്പോൾ തന്നെ സമൃദ്ധിയുടേതെന്ന് വിശേഷിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന കാൻസർ, ഹൃദ്രോഹങ്ങൾ, ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾ എന്നിവക്കും കേരളീയർ അടിമകളാണ്. മരണനിരക്ക് കുറയുകയും ആയുർദൈർഘ്യം വർദ്ധിക്കുകയും ചെയ്യുമ്പോൾ താരതമ്യേന പ്രായമായവരിൽ കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്ന ഇത്തരം രോഗങ്ങൾ വികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ വർദ്ധിച്ചു വരുന്നുണ്ട്. എന്നാൽ ഇത്തരം രോഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലും കേരളീയർ മററു പ്രദേശങ്ങളിൽനിന്ന് വ്യത്യസ്തമായി ചില പ്രശ്നങ്ങളെ നേരിടുന്നുണ്ട്. ആയുർദൈർഘ്യം താരതമ്യേന ഉയർന്ന സമ്പന്ന വിഭാഗത്തിൽപെട്ടവരോടൊപ്പം പരമ്പരാഗത തൊഴിലുകളിൽ ഏർപ്പെട്ടിട്ടുള്ള തൊഴിലാളികൾക്കിടയിലും കാൻസർപോലുള്ള രോഗങ്ങൾ കണ്ടുവരുന്നു. ചെറുപ്പക്കാരുടെ ഇടയിലുള്ള ഹൃദ്രോഹ ബാധയും കേരളത്തിൻെറ പ്രത്യേകതയാണ്.

കേരളത്തിലെ കുറഞ്ഞ ശിശുമരണനിരക്കും മററും പ്രാദേശികമായ പല വ്യത്യാസങ്ങളെയും മറച്ചുവെക്കുന്നുമുണ്ട് സ്ത്രീസാക്ഷരതാനിരക്ക് കുറഞ്ഞ ജില്ലകളിലും, മലമ്പ്രദേശങ്ങളിലും വൈദ്യസഹായം എളുപ്പം ലഭിക്കാത്ത ഇടങ്ങളിലും മററും ഇതുവളരെ കൂടിയിരിക്കാനാണ് സാധ്യത. പട്ടണപ്രദേശങ്ങളിലും കോട്ടയം, തിരുവനന്തപുരം തുടങ്ങിയ ചില ജില്ലകളിലും ശിശുമരണനിരക്ക് വളരെ കുറഞ്ഞിരിക്കുന്നതുമൂലമാണ് ശരാശരി ഈ നിലവാരത്തിൽ നില്ക്കുന്നത്.

കേരളത്തിൽ സ്ത്രീകളുടെ പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം 70 വയസ്സാണ്. എന്നാൽ പുരുഷന്മാരുടേതുമായി മൂന്നുവർഷത്തിൻെറ വ്യത്യാസംമാത്രമേ ഇതിലുള്ളു. പുരുഷന്മാർക്ക് പൊതുവെ പല കാരണങ്ങളാലുമുള്ള മരണനിരക്ക് [അപ

കടം, ഹൃദ്രോഗം, കാൻസർ തുടങ്ങിയവ] സ്വാഭാവികമായും കൂടിയിരിക്കുന്നതുകൊണ്ട്, സ്ത്രീകളുടെ പ്രതീക്ഷിതആയുർദൈർഘ്യത്തിലുള്ള വ്യത്യാസം ഇതിലും കൂടിയിരിക്കേണ്ടതായിരുന്നു. പൊതുവെ , ആയുർദൈർഘ്യം 60വയസ്സിനുമുകളിലായിട്ടുള്ള സമൂഹങ്ങളിലെല്ലാംതന്നെ സ്ത്രീപുരുഷവ്യത്യാസം ഇതിൽ കൂടുതലുണ്ട്.

കേരളം പിൻതുടർന്നുവരുന്ന ആരോഗ്യരംഗത്തെ വികസനരീതി പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനത്തിലൂന്നിയുള്ള ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ കാഴ്ചപ്പാടിനെ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നില്ലെന്ന് പറയേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യരക്ഷാസംവിധാനത്തിന്റെ പ്രത്യേകതകൾ താഴെപ്പറയുന്നവയാണ്.

ഒന്ന്, ഗവമ്മെണ്ട് സംവിധാനത്തെക്കാൾ സ്വകാര്യമേഖലക്കുള്ള മുൻതൂക്കം. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ 34,000 കിടക്കകളുള്ളപ്പോൾ സ്വകാര്യആശുപത്രികളിൽ 50,000 കിടക്കകളാണുള്ളത്. സ്വകാര്യമേഖലയിൽ 65000, സക്കാർ സർവീസിൽ 40000 ഡോക്ടർമാർ വീതമാണുള്ളത്.

രണ്ട്. ഗവർമ്മെണ്ട് ആശുപത്രികളിൽതന്നെ സ്വകാര്യ ചികിത്സാസമ്പ്രദായത്തിന് നൽകിവരുന്ന പ്രോത്സാഹനം. ഇന്നത്തെ ആരോഗ്യരക്ഷാസംവിധാനത്തിന്റെ ചാലകശക്തിതന്നെ സ്വകാര്യചികിൽസാ സമ്പ്രദായമാണെന്നു കാണാൻ കഴിയും. കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾക്കായുള്ള മൊത്തം ചെലവിന്റെ 667ശതമാനവും സ്വകാര്യചെലവാണെന്നതാണ് ഇതിന്റെ പരിണിതഫലം.

മൂന്ന്: സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെ കാര്യക്ഷമതാ രാഹിത്യം.
സംസ്ഥാനബഡ്ജററിന്റെ 15ശതമാനത്തോളം ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾക്കായി നീക്കിവെച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും തെററായ ആസൂത്രണത്തിന്റെയും വികലമായ വികസനനയങ്ങളുടെയും ഫലമായി സക്കാർ ആശുപത്രികൾക്കു ചുററും സ്വകാര്യആശുപത്രികളും ലാബറട്ടറികളും മററും തഴച്ചുവളരുകയാണ്. ജനങ്ങൾക്ക് സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ വിശ്വാസം നഷ്ടപ്പെട്ടുവരുന്നു എന്ന ഒട്ടും ആശാസ്യമല്ലാത്ത പ്രവണത ഉടലെടുത്തിട്ടുള്ളത് ഈസാഹചര്യത്തിലാ ണ

നാല്

ആരോഗ്യരംഗത്തെ മാനുഷിക വിഭവശേഷിയുടെ ആസൂത്രണത്തിലെ അപാകതകൾ.

അഖിലേന്ത്യാ തലത്തിലെന്നപോലെ കേരളത്തിലും ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർതമ്മിൽ അവശ്യംവേണ്ടഅനുപാതം പാലിക്കപ്പെടുന്നില്ല. ഡോക്ടർമാരെ പരിശീലിപ്പിക്കുന്നതിന് പ്രാധാന്യം നല്കികൊണ്ടുള്ള വികസനനയമാണ് സ്വീകരിച്ചുവരുന്നത്.

5 മെഡിക്കൽ കോളജുകളിലായി എം. ബി. ബി. എസ്സിന് 700 സീറ്റുള്ളപ്പോൾ നഴ്സിംഗിന് സർക്കാർ നഴ്സിംഗ് സ്കൂളുകളിലായി 300 സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലായി 976 സീറ്റുകളാണുള്ളത്. 90 ബി. എസ്. സി, നഴ്സിംഗ് സീറ്റുകൾ കൂടി കണക്കിലെടുത്താൽ വർഷം തോറും കേരളത്തിൽ 1386 നഴ്സുമാരെ പരിശീലിപ്പിക്കുന്നതായി കണക്കാക്കാം. അതായത് ഡോക്ടർ നഴ്സ് അനുപാതം 1:2 ആണെന്നാണ് ഇത് സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. എം. ബി. ബി. എസ്സിനു പുറമേ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റു തലം വരെയുള്ള ഉപരിപഠനത്തിനുള്ള സൗകര്യം മെഡിക്കൽകോളജുകളിലുണ്ട്. എന്നാൽ നഴ്സിംഗ് കോളേജുകളിലെ അധ്യാപനത്തിനാവശ്യമായ എം. എസ്. സി. നഴ്സിംഗ് കോഴ്സ് അടുത്തകാലത്തു മാത്രമാണ് തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജിലാരംഭിച്ചത്. അതും കേവലം 4 സീറ്റുകൾ മാത്രം.

ആവശ്യാനുസരണം ലാബറട്ടറി ടെക്നീഷ്യന്മാരെ പരിശീലിപ്പിക്കാതിരിക്കുന്നതുമൂലം സർക്കാർആശുപത്രികളിൽ ഏററവും പ്രാഥമികമായ ലാബറട്ടറി പരിശോധനകൾ നടത്തുന്നതിനുള്ള സൗകര്യംപോലുമില്ല, ആവശ്യത്തിന് റേഡിയോ ഗ്രാഫർമാർ ഇല്ലാത്തതിന്റെ ഫലമായി ലക്ഷക്കണക്കിന് രൂപ വിലപിടിപ്പുള്ള ഉപകരണങ്ങൾ പ്രവർത്തിപ്പിക്കാനാവാതെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽപോലും തുരുമ്പുപിടിച്ചു നശിക്കുന്നു. നമ്മുടെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെ കാര്യക്ഷമതാ രാഹിത്യത്തിനുള്ള ഒരു മുഖ്യ കാരണം പാരാ മെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫിന്റെ ദൗർലഭ്യമാണ് പൈക്കമ്മററി ശുപാർശ ചെയ്ത പ്രകാരമുള്ള മാനദണ്ഡം പാലിക്കണമെങ്കിൽ 7500 ഓളം ആശുപത്രി ജീവനക്കാരെ ഇനിയും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ നിയമിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്.

കേരള പ്ലാനിംഗ് ബോർഡ് ആരോഗ്യരംഗത്തെ മാനുഷിക വിഭവശേഷിയെ സംബന്ധിച്ചു നടത്തിയ പഠനമനുസരിച്ചു ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം ആവശ്യത്തിൽ കൂടുതലും പാരാ മെഡിക്കൽ വിഭാഗത്തിൽ പെട്ടവരുടെ എണ്ണം ഏറെ കുറവുമാണെന്ന് കാണുന്നത്.

പട്ടിക എട്ട്

	ആവശ്യം	ലഭ്യത (1988)	കൂടുതൽ കുറവ്
ഡോക്ടർമാർ	7802	8976	+1174
നഴ്സുമാർ	13,654	11184	—2470
ഫാമിലി ഹെൽത്ത് വർക്കർ	5462	4646	—816
ഫാർമസിസ്റ്റുകൾ	910	622	—288

അഞ്ച്: അവശ്യമരുന്നുകളുടെ ദൗർലഭ്യം

കേരളത്തിൽതന്നെ പൊതുമേഖലയിൽ ഒരു ഔഷധ നിർമ്മാണകമ്പനിപ്ര

വർത്തിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും കേരളത്തിലെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ അവശ്യമരുന്നുകൾ ലഭ്യമല്ല എന്ന സ്ഥിതിയാണുള്ളത്. കേരളത്തിലെ പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ അവശ്യമരുന്ന ലഭ്യതയെപ്പററി ശാസ്ത്രസാഹിത്യപരിഷത്ത് അടുത്തകാലത്ത് ഒരു പഠനം നടത്തുകയുണ്ടായി. ലോകാരോഗ്യസംഘടനയും കേരളഗവർമ്മെൻറ് നിയോഗിച്ച പൈക്കമ്മററിയും ശുപാർശചെയ്ത അവശ്യമരുന്നുകളുടെ പട്ടികയിൽനിന്നു് തെരഞ്ഞെടുത്ത 62 മരുന്നുകളുടെ ലഭ്യതയാണ് സർവേയിലൂടെ തിട്ടപ്പെടുത്താൻ ശ്രമിച്ചത്.

62 അവശ്യമരുന്നുകളിൽ 27എണ്ണം മാത്രമാണ് സംസ്ഥാനത്തിലെ പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിലെ ശരാശരി ഔഷധലഭ്യത എന്നാണ് സർവേ ഫലം സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. 4മരുന്നുകൾ മാത്രമുള്ള പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രം മുതൽ 49മരുന്നുകൾ വരെയുള്ള കേന്ദ്രംവരെ ഉള്ളതായി തെളിഞ്ഞു. ഒററകേന്ദ്രത്തിൽ പോലും 62മരുന്നുകളും ലഭ്യമായിരുന്നില്ല. മൂന്നിൽ രണ്ടു പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലും അവശ്യമരുന്നുകളിൽ പകുതിയിൽ താഴെ മാത്രമേയുള്ളു. എഴുപത്തി അഞ്ചു ശതമാനത്തിലധികം മരുന്നുകളുള്ള കേന്ദ്രങ്ങൾ 2.5 ശതമാനം മാത്രമാണ്.

ആൻറിബയോട്ടിക്കുകൾ, പുനർജലന ചികിത്സക്കാവശ്യമായ ലായനികൾ, ജീവൻരക്ഷാഔഷധമായ അഡ്രിനലിൻ തുടങ്ങിയവ വളരെ കുറച്ചുപ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ മാത്രമാണ് ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്.

പൈക്കമ്മററി ശുപാർശചെയ്തതനുസരിച്ച് പൊതുമേഖലാ ഔഷധക്കമ്പനിയായ K. S. D. P. വഴി കൂടുതൽ മരുന്നുൽപാദിപ്പിക്കുകയും ഔഷധവിതരണത്തിലെ അപാകതകൾ പരിഹരിക്കുകയും ചെയ്യാൻ അടിയന്തിരനടപടികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

കേരളീയരുടെ പോഷണനിലവാരവും പരിസരശുചിത്വശുദ്ധജലവിതരണസംവിധാനവും പരിശോധിക്കേണ്ടതായുണ്ട്. ലോകാരോഗ്യസംഘടന ഉൾപ്പെടെ പല വിദഗ്ദന്മാരും കേരളത്തിൽ നടത്തിയിട്ടുള്ള പഠനങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത് കേരളീയർ ഇന്ത്യയിൽ ഏററവും കുറവ് കലോറിമൂല്യം അടങ്ങിയിട്ടുള്ള ആഹാരം കഴിക്കുന്നവരാണെന്നാണ്. പോഷണലഭ്യതയുടെ കാര്യത്തിൽ മററെല്ലാ ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങൾക്കും പിന്നിലാണ് കേരളം എന്ന വസ്തുത ഒരു പക്ഷേ അവിശ്വസനീയമായി തോന്നിയേക്കാം.

കേരളീയർ ശരാശരി 2019കലോറിഊർജം ലഭിക്കുന്ന ഭക്ഷണം മാത്രമാണ് കഴിക്കുന്നത്. ദേശീയതലത്തിൽ ഇതു് 2263 കലോറിയാണ്. ഏതാണ്ടു് 25ശതമാനത്തിലേറെ പേർക്ക് ആവശ്യത്തിനു് മാംസ്യം ലഭിക്കുന്നില്ല. കഴിഞ്ഞ ഏതാനും ദശകങ്ങളായി കേരളീയരുടെ ഭക്ഷണലഭ്യത പലകാരണങ്ങളാലും കുറഞ്ഞുവരികയാണ്. 30ലക്ഷം ടൺ അരിയാണ് നമുക്കാവശ്യമായിട്ടുള്ളത്. 12ലക്ഷം ടൺ മാത്രമാണ് സംസ്ഥാനത്ത് ഉൽപാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്നത്. ബാക്കി

18ലക്ഷം ടണ്ണും പുറത്തുനിന്നും ഇറക്കുമതി ചെയ്യുകയാണ്. പച്ചക്കറിപോലും ഭൂരിഭാഗവും പുറമേനിന്ന് ഇറക്കുമതി ചെയ്യുന്നതാണ്. ലഭ്യമായ മൽസ്യഉൽപാദനശേഷിയുടെ മൂന്നിലൊന്നുപോലും പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ നമുക്ക് കഴിയുന്നില്ല. മൽസ്യബന്ധനരംഗത്തെ പ്രതിസന്ധി പരിഹരിച്ചുകൊണ്ടും ഉൾനാടൻ ജലാശയങ്ങളിലെ മൽസ്യോൽപാദനം വർദ്ധിപ്പിച്ചുകൊണ്ടും സാമൂഹ്യവനവൽക്കരണപരിപാടിയുടെ ഭാഗമായി ഫലവൃക്ഷങ്ങൾ കൃഷിചെയ്തും കേരളീയർ നേരിടുന്ന പോഷണകുറവ് പരിഹരിക്കാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്.

കേരളത്തിൽ കഴിഞ്ഞ ഏതാനും വർഷക്കാലമായി വയറിളക്ക രോഗങ്ങളും തന്മൂലം ഉണ്ടാകുന്ന മരണങ്ങളും വർദ്ധിച്ചുവരികയാണ്. ശുദ്ധജല വിതരണത്തിന്റെ അപര്യാപ്തതയും പരിസര ശുചിത്വ സംവിധാനങ്ങളുടെ ദൗർലഭ്യവുമാണ് ഇതിനു കാരണമായിട്ടുള്ളത്. കേരളത്തിലെ നഗരങ്ങളിൽപോലും 30—35 ശതമാനം ജനങ്ങൾക്ക് മാത്രമേ മാലിന്യ നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതിയുടെ പ്രയോജനം ലഭിക്കുന്നുള്ളു. ഗ്രാമങ്ങളിലെ സ്ഥിതി എത്രയോ കഷ്ടമാണെന്ന് ഊഹിക്കാവുന്നതേയുള്ളു. ഗ്രാമങ്ങളായി കേരളത്തിൽ നിർവചിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള 1219 പ്രദേശങ്ങളിൽ 1158 എണ്ണത്തിലും ശുദ്ധജലവിതരണ സംവിധാനങ്ങളില്ല.

ആരോഗ്യരംഗത്ത് നമുക്ക് മററു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ചു പല സൂചികകളിലും മെച്ചമായ സ്ഥാനമുണ്ടെങ്കിലും ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ഇന്നു പിന്തുടർന്നുവരുന്ന വികസന നയം തെററായ ഒരടിത്തറയിലാണ് നില നില്ക്കുന്നതെന്നു വ്യക്തമാണ്. സമീപഭാവിയിൽ തന്നെ നാം പുതിയ ചില പ്രശ്നങ്ങളെ നേരിടേണ്ടിവരികയും ചെയ്യും. 2026—മാണ്ടോടെ 18 ശതമാനത്തോളം കേരളീയർ 60 വയസ്സിന് മേൽ പ്രായമുള്ളവരായിരിക്കും. സ്വാഭാവികമായും ഹൃദ്രോഗം, കാൻസർ, വാതരോഗങ്ങൾ മുതലായി പ്രായമായവരിൽ കൂടുതൽ കാണപ്പെടുന്നതും, ചികിത്സിക്കാൻ സമയവും ചെലവും കൂടുതലാവശ്യവുമായ രോഗങ്ങൾ വർദ്ധിക്കും. സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ആരോഗ്യ രക്ഷാ രംഗത്ത് ഇതൊരു വലിയ പ്രതിസന്ധി സൃഷ്ടിക്കാനിടയുണ്ട്. ഉള്ളവനും ഇല്ലാത്തവനും തമ്മിൽ ആരോഗ്യ രംഗത്തുള്ള അന്തരം വർദ്ധിക്കാനാണ് സാധ്യത.

കേരളത്തിന്റെ സവിശേഷ ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ശാസ്ത്രീയവും ജനകീയവുമായ ഒരു ആരോഗ്യനയത്തിന് രൂപംനൽകാൻ രാഷ്ട്രീയപാർട്ടികളും ബഹുജനസംഘടനകളും പ്രൊഫഷനൽ സംഘടനകളും മുന്നോട്ടുവരേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയിലേക്കാണ് ഇതെല്ലാം വിരൽചൂണ്ടുന്നത്.

തിരുത്ത്

രണ്ടാംപേജിൽ അവസാനഖണ്ഡികയിൽ 19ാമത്തെ വരിയിൽ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾ എന്നതിന്ന് പകരം ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ എന്നും ഏഴാമത്തെ പേജിൽ അവസാന ഖണ്ഡികയിൽ രണ്ടാമത്തെ വരിയിൽ പുരാശക്തി എന്നതിന്പകരം പുരോഗതി എന്നും, എട്ടാമത്തെപേജിൽ മൂന്നാം ഖണ്ഡികയിൽ നാലാമത്തെ വരിയിൽ ആരോഗ്യരംഗത്ത് മുതലാളിത്തരാജ്യങ്ങളിൽ എന്നും പത്താംപേജിൽ പട്ടിക ഒന്നിൽ നാലാമത്തെ വരിയിൽ 85—100% എന്നും തിരുത്തി വായിക്കുക.